

Année 1969

N°

923

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

LEFORT GUY

né le 1^{er} octobre 1937 à PARIS XX^e

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne des hôpitaux psychiatriques de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

PARALLELISME ENTRE L'ÉVOLUTION DES TRAITEMENTS
INTRA et EXTRA-HOSPITALIERS
ET L'APPARITION D'UNE MÉDICATION À EFFET PROLONGÉ
L'ŒNANTATE DE FLUPHENAZINE

Président: M. DELAY, Professeur

Année 1969

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR
LEFORT GUY
né le 1^{er} octobre 1937 à PARIS XX^e

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne des hôpitaux psychiatriques de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

PARALLELISME ENTRE L'ÉVOLUTION DES TRAITEMENTS
INTRA et EXTRA-HOSPITALIERS
ET L'APPARITION D'UNE MÉDICAMENT À EFFET PROLONGÉ
L'ŒNANTATE DE FLUPHÉNAZINE

Président: M. DELAY, Professeur

Editeur L. S. 28 - ÉPERNON

Digitized by the Internet Archive
in 2026



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET
1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON
2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)

	MM.
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LCÉPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1^o MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)

	MM.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)	
à titre personnel	BASTIN (R.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)	
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GASTAIGNE (P.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)	
à titre personnel	LHERMITTE (F.)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)	
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)	
— — —	BOUSSER (J.)	
— — —	DREYFUS (B.)	
Cliniques médicales	Bicêtre.	DEPARIS (M.)
	Broussais.	MILLIEZ (P.)
	Cochin.	PÉQUIGNOT (H.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Pitié.	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine.	BOUDIN (G.)
—	CONTE (M.)	
—	KOURILSKY (R.)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)	
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)	DOMART (A.)	
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)	
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)	
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)	
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)	
à titre personnel	GIBERTON (A.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)	
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)	
à titre personnel	RICHTET (G.)	
— —	CROSNIER (J.)	
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)	
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)	
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)	
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISAUD (H.)	
à titre personnel	LESOBRE (R.)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)	

	MM.
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	OLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec).	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (B.)
— —	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice.	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDoux-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale.	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
— —	TUBIANA (M.)
— —	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2^o CHIRURGIE

Anesthésiologie.	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)	
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker).	REDON (H.)	
à titre personnel	BRÉHANT (J.)	
Cliniques chirurgicales	Beaujon.	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu.	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière.	SICARD (A.)
	Tenon.	OLIVIER (Cl.)

	MM.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUQUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — — (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)	Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Anatomie pathologique . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
Hygiène	{ BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.)	Pharmacologie	SCHMITT (H.)
Médecine légale	{ CECAL (P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)		

MM.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque. }
Conservateur du Musée d'Histoire de la } M. le Docteur HAHN (A.)
Médecine. }

Conservateurs. { Mme FORGET (F.),
Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Bibliothécaires { Mmes CONTET (J.),
Mlles DUROZoy (M.-F.), ROBERGE (D.),
LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père, à ma Mère,

A Roberte,

A ma fille,

A ma soeur,

A mes Amis

Pour l'aide qu'ils n'ont cessé
de m'apporter.

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

qui nous fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A Monsieur le Professeur Pierre DENIKER

avec notre profond respect.

A mon Maître, Monsieur le Docteur J.F. BUISSON

ancien chef de clinique de la Faculté
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

En hommage à ses qualités médicales et
humaines.

Aux Docteurs

Jacques MEROT

Françoise MARTINIER

Wilfrid MOHR

Médecins des Hôpitaux Psychiatriques

- 1 -

P L A N
=====

INTRODUCTION

AVANTAGES et INCONVENIENTS DE L'OENANTHATE DE FLUPHENAZINE

TOXICOLOGIE

TOXICITE et EFFETS SECONDAIRES

AFFRONTEMENT de la CHIMIOTHERAPIE - EQUIPE SOIGNANTE - EQUIPE SOIGNEE

- Histoire de l'Injection
- Le Médecin vis-à-vis de l'injection retard -
Une aventure prudente et économique
- L'Equipe soignante infirmière en milieu
psychiatrique : une virilité nouvelle
bien assumée
- Le Malade : consentement car valorisation
- En service extra-hospitalier et consultation
de post-cure

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE.

I N T R O D U C T I O N

L'indication de l'Oenanthate de fluphénazine, neuroleptique à action prolongée, s'est vue, dès sa récente disponibilité en France, orientée vers la thérapeutique extra-hospitalière après l'avoir envisagé comme une thérapeutique relais, une thérapeutique de couverture, de sécurité.

Très rapidement, dans la mesure où l'étude de l'action psychodynamique du médicament tend à devenir scientifique aux dépens d'une tradition empirique, il est apparu intéressant de mettre en relief la dimension nouvelle que ces composés introduisent sur le plan psychologique dans la relation thérapeutique médecin-malade, non seulement dans l'atmosphère de l'équipe soignante hospitalière, mais aussi de l'équipe de secteur.

Si certains auteurs ont voulu souligner son caractère coercitif, étant donné les intérêts pratiques immédiats présentés face à des malades dont l'approche thérapeutique médicamenteuse est difficile, ou bien par exemple dans le cas où le risque d'un passage à l'acte médico-légal devient possible lors de l'abandon de la thérapeutique, parler de coercition sans nuances, et donc limiter ses indications, ou, au contraire, se réfugier derrière une prescription omnipotente sont, l'une

comme l'autre, deux attitudes dangereuses. Dans le premier cas, ce serait aller à l'encontre d'une vérité historique et minimiser l'apport massif des neuroleptiques ; ce serait redouter que le médicament efface à son profit la parole du thérapeute, s'autoriser en bonne conscience un retour à la nosographie et la classification et, en fin de compte, éviter l'obstacle d'une réponse au problème : Faut-il soigner un malade mental ?

Dans le deuxième cas, attitude tout aussi régressive et ambiguë, ce serait nier ou refuser aux mots leur valeur, leur action interhumaine. Ce serait dresser un écran protecteur entre le psychiatre et le malade, dispenser celui-là d'une disponibilité personnelle.

Mais, à l'inverse, rien ne se résout : le psychotique reste souvent un malade chronique. C'est justement à ce titre qu'il convient de souligner l'intérêt d'une médication entretenue : le traitement d'un diabète insulino dépendant n'a-t-il pas bénéficié d'une insuline retard, alliée à la bonne éducation du diabétique ?

Ainsi, de même, alliée à la confiance relationnelle réciproque médecin-malade, c'est ici qu'une médication neuroleptique à action retardée trouve sa meilleure justification.

AVANTAGES et INCONVENIENTS

de l'OENANTHATE DE FLUPHENAZINE

Un avantage certain a été la certitude du médecin que le malade recevait bien la dose du médicament qui lui était prescrite. C'est très important car, malgré toutes les précautions que peuvent prendre les infirmières quand elles donnent un médicament par voie orale, il y aura toujours un malade capable de cacher le médicament dans la bouche et de le recracher ou même d'avaler un comprimé et de le regurgiter ensuite.

L'effet de l'injection intra-musculaire apparaît dans les 24 premières heures de son administration et se prolonge pendant un délai de 15 jours à 3 semaines, après lequel il convient de renouveler l'injection.

L'utilisation de ce composé, limité dans le traitement des symptômes aigus, apparaît très intéressante dans les cures d'entretien. Il permet l'administration de doses globales plus faibles que les doses habituelles : de 25 à 100 mg en moyenne tous les 15 jours. Mais en fait, sa posologie très variable, en grande partie fonction des susceptibilités particulières, pose le problème de savoir à quelle dose le produit n'est plus efficace, ainsi que celui de la répartition des injections.

Un autre inconvénient de l'Oenanthate de fluphénazine est la fréquence des effets secondaires qui,

dans la plupart des cas, nécessitent l'adjonction d'antiparkinsoniens par voie orale - dans l'attente d'un éventuel antiparkinsonien "retard" qui pourrait être injecté en même temps que l'Oenanthate. Mais l'utilisation à des doses importantes, et en tous cas jamais inférieures à 300 mg, ont paru restreindre ces effets secondaires.

Il est apparu :

- que le rythme optimum des injections est bi-mensuel ;
- que l'indication principale de l'Oenanthate est la schizophrénie, mais que ce produit est également actif dans les états délirants et les états d'agitation ;
- que l'Oenanthate a une activité neuroleptique incisive et antipsychotique propre, différente de celle du dichlorhydrate et que certes, comme l'a signalé le Professeur GAYRAL, on a affaire "plus à un médicament neuf qu'à un médicament ancien administré d'une nouvelle manière", mais qui ne doit pas faire oublier le vieil adage : "la façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne".

T O X I C O L O G I E
=====

L'expertise toxicologique-pharmacologique de J.R. BOISSIER, P. SIMON & J.M. LWOFF a permis, en fonction des résultats, de dégager l'interprétation suivante :

" Au point de vue toxicologique, l'Oenanthate de fluphénazine présente une toxicité modérée. Il existe un certain étalement dans la mortalité au cours des expériences de toxicité aiguë mais on ne peut considérer cet étalement comme une véritable toxicité à terme. On peut l'expliquer par l'action retard du produit qui se trouve libéré peu à peu à partir de dépôts effectués dans l'organisme, surtout lorsque des doses massives ont été administrées. Les expériences de toxicité à terme confirment cette faible toxicité relative. On constate en particulier que la mortalité chez les rats a été extrêmement faible dans les différents lots, quelle que soit la dose et qu'elle a été nulle chez le chien.

Le rythme des injections (une injection par semaine) est pourtant relativement rapproché, facteur capable de modifier d'une façon importante la toxicité d'un médicament.

Il apparaît logique que l'Oenanthate de fluphénazine destiné à être administré une à deux fois par mois soit moins toxique en définitive que le chlorhydrate

de fluphénazine administré chaque jour. Les examens biochimiques et surtout histologiques confirment l'excellente tolérance du médicament malgré les doses importantes qui ont été administrées.

Sur le plan pharmacologique l'examen des résultats indique clairement que si certains tests (test de l'évasion et surtout protection contre la toxicité de la dexamphétamine et action anti-apomorphine) ont permis de mettre en évidence une indiscutable action prolongée, les autres, par contre, n'ont révélé qu'une activité fugace.

Si, en effet, l'imprégnation neuroleptique après administration unique d'Oenanthate de fluphénazine est suffisante pour assurer une protection efficace pendant environ 15 jours vis-à-vis des effets de l'amphétamine et de l'apomorphine, par contre, la potentialisation des hypnotiques ou de l'action cataleptigène d'un neuroleptique phénothiazinique n'est plus observée après le 3ème jour.

Il semble donc qu'on puisse admettre que seuls les tests sensibles permettent de mettre en évidence une action prolongée, d'autant mieux qu'ils nécessitent des doses moindres lors des essais en expérimentation aiguë.

Si l'on retient cette hypothèse, l'existence d'une activité lors des premiers jours avec les tests de potentialisation semblerait impliquer une libération

initiale importante du produit, libération que l'étude métabolique du produit n'a pas mis en évidence dans les travaux de EBERT A.G. et HESS S.M.

On peut supposer par analogie avec les faits expérimentaux apportés par BRODIE & Collaborateurs, que l'Oenanthate de fluphénazine, ou plutôt la libération lente et régulière de l'Oenanthate de fluphénazine dans l'organisme, active les systèmes enzymatiques responsables de la destruction des barbituriques, du chloral et de la prochlorpémazine. Certes, une telle activation peut également exister à l'égard des systèmes enzymatiques destructeurs de l'amphétamine et de l'apomorphine, mais elle ne ferait que favoriser la mise en évidence d'une action prolongée puisqu'alors l'antagonisme mis en évidence s'exercerait vis-à-vis d'une quantité plus faible d'amphétamine ou d'apomorphine.

On ne doit pas oublier que les résultats expérimentaux ont été obtenus chez le rat et qu'il est admis que chez cet animal le métabolisme est bien souvent plus rapide que chez l'homme. On peut donc penser que dans les cas où l'action retard ne s'est pas manifestée chez le rat, il n'est pas impossible que l'on puisse le voir se manifester chez l'homme.

Quoiqu'il en soit, la comparaison de la durée d'action de l'Oenanthate et du Chlorhydrate de fluphénazine nous paraît en particulier très démonstrative et

atteste la réalité de l'action prolongée de l'Oenanthate
de fluphénazine".

--

T O X I C I T E

et

EFFETS SECONDAIRES

M. FOUKS, dans son expérimentation clinique de l'Oenanthate, nous fait part de ses conclusions.

"Nous avons pu monter jusqu'à 20 cc par injection et, dans deux cas, nous sommes montés jusqu'à un total de 100 cc par mois", écrit-il. La tolérance locale malgré les fortes posologies utilisées et le nombre réitéré des injections dans certains cas, a été très satisfaisante. Dans 14 cas seulement, nous avons noté l'apparition de petites boules indiquant une résorption défectueuse, sans autres inconvénients et sans que l'effet thérapeutique ait pu paraître amoindri. Nous n'avons pas relevé d'abcès. Deux de nos cas auraient été traités préalablement par le Moditen injectable et dans l'un il avait été mal toléré et s'était mal résorbé.

On a pu passer directement à l'Oenanthate sans incident.

Lorsque la tolérance est moins bonne, les boules se résorbent mal, deviennent douloureuses ainsi que les nouvelles injections. Il suffit alors, dit M.FOUKS, de diminuer la quantité injectée, d'augmenter l'intervalle entre deux injections pour que tout rentre dans l'ordre.

Jamais nous n'avons été obligés de suspendre ce mode d'administration, mais nous avons parfois dû, lorsque la tolérance locale diminuait, associer l'Oenanthate au Moditen oral afin de maintenir l'effet thérapeutique, tant en réduisant la posologie cependant qu'on augmentait l'intervalle entre les injections.

La tolérance générale a été excellente. Le produit est fort bien toléré et il semble que la toxicité générale soit inférieure à celle du dichlorhydrate, aussi bien par voie orale que parentérale.

Seul phénomène à signaler après l'injection d'Oenanthate, on note, pendant les deux ou trois jours suivants, une asthénie plus ou moins importante avec tendance à la fatigabilité. Le malade se sent lourd, les jambes lourdes et plus ou moins "coupées". Il est incapable d'un effort soutenu, il a envie de se coucher et parfois est quelque peu somnolent.

Cet effet dépressif dure en général 48 heures. Il est exceptionnel qu'il dure plus de trois jours. Cet effet dépressif nous paraît assez surprenant car nous ne l'avons pas retrouvé, dit M. FOUKS, ni avec le Moditen oral, ni avec le Moditen parentéral.

Cet effet dépressif est, en règle, fonction de la posologie et quelquefois proportionnel à cette dernière. Il est plus marqué chez les séniles, il est

potentialisé par les neuroleptiques sédatifs, dits de gauche. Cette potentialisation n'est pas, pour nous, surprenante. La fluphénazine potentialise les phénomènes dépresseurs de ces neuroleptiques.

L'Oenanthate ne provoque pas de troubles digestifs, ni de phénomènes d'intolérance hépatique (vésiculaire).

Les effets neurologiques sont constants, gênants et de réduction difficile lorsque l'Oenanthate n'est pas prescrit d'emblée avec des correcteurs. Ces troubles doivent, systématiquement, être prévenus ; ils sont désagréables pour le malade, ils sont plus faciles à prévenir qu'à corriger.

Les petites doses d'Oenanthate, de même que les petites doses de chlorhydrate, sont celles qui provoquent les effets neurologiques les plus difficiles à réduire chez les sujets sensibles. On note l'apparition d'impatiences musculaires avec impression de fourmillement, sentiment d'insécurité, d'anxiété, besoin plus ou moins coercibles de mouvement. Ces troubles sont si marqués et si douloureux qu'ils peuvent entraîner des réactions pithiatiformes. Le malade se laisse tomber à terre, parfois il se roule et s'agite par terre en poussant des hurlements. Il peut aussi se dénuder, se coucher sur son lit et présenter des mouvements de pédale. Parfois enfin, ces phénomènes peuvent s'allier

à un état confuso-onirique transitoire, ce qui se voit sans doute en début de traitement chez des sujets sensibles.

Ces troubles sont très aisément et très rapidement réversibles. Il suffit de faire une injection d'Alimémazine associé à de l'Etybenzatropine pour qu'en quelques minutes tout disparaisse et rentre dans l'ordre.

Ces troubles doivent être bien connus afin d'être rapportés à leur origine. Il ne faut pas les prendre pour une aggravation, car il ne faut pas augmenter l'Oenanthate, mais seulement les correcteurs et surtout ajouter Alimémazine et Etybenzatropine.

Fait intéressant à noter : ils sont considérablement accrus par suggestion auprès des autres malades. Ces impatiences douloureuses ont été beaucoup plus marquées et ont entraîné des réactions pithiatiques chaque fois que le malade savait qu'on lui avait fait une nouvelle injection d'Oenanthate à laquelle il se refusait.

A différentes reprises, cette injection a été faite à l'insu du malade, elle a toujours été beaucoup mieux supportée, cependant le malade se plaint pendant quelques jours de phénomènes d'impatiences qu'il ressent beaucoup moins désagréablement que lorsqu'il savait qu'il avait eu une injection d'Oenanthate.

Il y a, pour certains malades, un seuil au-dessous duquel l'Oenanthate est paradoxalement moins bien supporté. L'augmentation de la posologie fait émerger les effets sédatifs du produit qui dissipent et contrarient ces phénomènes excito-moteurs si douloureux et si spectaculaires.

Les autres effets neuroleptiques sont de prévention et de correction beaucoup plus facile ; ils devront être systématiquement et correctement prévenus. Ce, d'autant plus que les antiparkinsoniens, semble-t-il, n'améliorent pas seulement la tolérance neurologique du produit permettant un traitement continu à dose suffisante, mais diminuent la toxicité générale du produit. Fait que nous avons remarqué depuis longtemps avec tous les neuroleptiques.

Les antiparkinsoniens diminuent le risque de phénomènes neuro-végétatifs, en particulier ils diminuent le risque de syndrome toxique hyperthermique.

Par contre, en raison de leur pouvoir atropinique, les antiparkinsoniens augmentent les troubles parétiques au niveau du tube digestif et les différents émonctoires. Ils aggravent les troubles de l'accommodation.

Nous n'insisterons pas et nous ne signalerons que pour mémoire les autres effets neurologiques :

parkinsonisme, dystonies d'attitude, spasmes divers, troubles oculogyres, syndrome oral, syndrome cata-tonoïde. Ils sont faciles à prévenir et à corriger. Aussi, en principe, lorsque le traitement est bien équilibré, ne doit-on pas les voir.

Il faut souligner que, paradoxalement, l'Oenanthate peut provoquer chez certains malades un syndrome de besoin lorsqu'arrive le moment de pratiquer une nouvelle injection. En plus de l'état mental qui va en se détériorant, le malade présente alors un faciès crispé, contracté, douloureux, ainsi que des mouvements choréo-athétosiques et des tics divers ; tous ces troubles disparaissent après l'injection d'Oenanthate immédiatement, en même temps que l'état mental se stabilise à nouveau.

Au point de vue psychique, l'Oenanthate peut provoquer des troubles dysleptiques qui peuvent survenir dans des conditions bien différentes : états confusionnels, transitoires, qui se voient en règle en début de traitement et sont rapidement réversibles

Le renouvellement des injections, même à des intervalles rapprochés, n'entraîne pas la réapparition de ces troubles.

En cas de surdosage, on peut voir aussi des

états confuso-oniriques qui sont plus prolongés et nécessitent parfois l'adjonction d'un neuroleptique de gauche.

En cas de surdosage, on peut voir aussi le réveil de certains troubles psychotiques : reprise de l'activité hallucinatoires ou délirante, parfois réveil de l'anxiété. Ces troubles sont rapidement réversibles et peuvent être atténués par les neuroleptiques de gauche.

On pourrait craindre que leur production soit beaucoup plus gênante, puisqu'il n'est pas possible d'arrêter le traitement en cas de surdosage comme il est possible de le faire avec le Moditen parentéral ou oral. Ce risque n'est pas cependant plus gênant qu'avec les autres présentations, en raison des faibles posologies utilisées, puisqu'en effet les doses en Oenanthate sont le 10ème, voire le 20ème des doses de Moditen.

La toxicité de l'Oenanthate nous paraît inférieure à celle du Moditen oral ou parentéral. Cette diminution de la toxicité doit s'expliquer par la réduction du principe actif, ainsi que de l'imprégnation diffuse dans tout l'organisme que la forme d'Oenanthate permet d'éviter.

L'Oenanthate ne paraît pas potentialiser le

choc opératoire. Il convient cependant d'être prudent et, à moins d'urgence formelle, mieux vaut attendre avant d'intervenir, que le sujet arrive à la phase d'inactivité relative du produit.

L'Oenanthate, à condition d'être utilisé à dose modérée, nous a paru mieux toléré chez les séniles que la fluphénazine, ainsi que tous les autres neuroleptiques. Aussi, chaque fois que l'état général le permet, est-il préférable de traiter des vieillards que l'on aurait hésité à traiter précédemment.

Etant donné l'effet retardé et prolongé de l'Oenanthate, on pourrait redouter un surdosage qui risquerait de provoquer des troubles prolongés. Il nous semble qu'il n'en est rien. L'Oenanthate ne nous paraît pas plus difficile à manier que le Moditen, bien au contraire.

Les cas de surdosage ont été rares. Leur réduction a été assez facile, les troubles provoqués mineurs. On pourra voir, pendant quelques jours, une reprise de l'anxiété, ainsi que des phénomènes hallucinatoires ou délirants, parfois une certaine somnolence avec tendance à l'obtusion.

L'anxiété, l'activité hallucinatoire et délirante seront calmées par l'adjonction pendant quel-

ques jours d'un neuroleptique de gauche. En quelques jours, 5 à 10 au maximum, tout rentre dans l'ordre.

Pour l'éviter, il suffit d'utiliser des doses modérées d'Oenanthate. Lorsque le résultat est insuffisant, on ajoutera du Chlorhydrate à doses progressivement croissantes.

Dès que l'effet thérapeutique souhaité sera obtenu, on remplacera le Moditen oral par une dose équivalente d'Oenanthate. S'il s'agit d'un malade indocile, non coopérant, chez lequel la forme orale ne pourra être utilisée, on renouvellera aussi souvent que nécessaire les injections d'Oenanthate à faibles doses, en n'oubliant pas qu'en cas de surdosage on verra survenir quelques incidents ou une légère aggravation qu'il conviendra de rapporter à leurs causes. Dès que l'effet thérapeutique sera obtenu, on fera une injection mensuelle correspondant à la quantité d'Oenanthate injectée pour obtenir la stabilisation.

Enfin, J.F. BUISSON met en lumière la fréquence relative d'apparition, au cours de cures d'entretien chez des malades suivis en extra-hospitalier, d'états dépressifs larvés d'un type assez particulier.

Il s'agit souvent du sentiment vécu par le malade comme un désintéressement progressif, un certain

manque à ..., une sensation d'impuissance vague, allié à un aspect général figé et une mimique peu mobile, bien que non extra-pyramidale.

Il est important de bien distinguer, souligne J.F. BUISSON, cette note dépressive accidentelle, de l'effet neuroleptique apaisant recherché, car bien souvent ces états glissent insensiblement de l'un à l'autre. Ces états dépressifs seraient assez facilement atténués par l'adjonction de dérivés tricycliques.

Mais, en résumé, l'Oenanthate nous paraît remarquablement toléré. Cette excellente tolérance vient probablement du fait des petites doses utilisées, puisque l'Oenanthate n'est injecté qu'à intervalle éloigné et que les doses ne sont pas renouvelées chaque jour ainsi qu'avec la fluphénazine ou tous les autres neuroleptiques.

AFFRONTEMENT DE LA CHIMIOOTHERAPIE

EQUIPE SOIGNANTE

"EQUIPE SOIGNEE"

L'action médicamenteuse apparaît très étroitement liée aux facteurs humains, dont l'équipe "soignante" en représente une partie et à laquelle on ne doit oublier d'adjoindre l'équipe "soignée", c'est-à-dire équipe malade plus les autres malades en milieu hospitalier, les malades et leur entourage socio-familial, professionnel, dans le cadre extra-hospitalier du secteur.

En effet, il est un point acquis essentiel chez l'homme malade, le médicament ne tire pas son efficacité de sa seule action pharmacodynamique. Son action psychodynamique est d'étude non plus empirique mais réellement scientifique.

Aussi m'apparaît-il indispensable de mettre en relief, à propos de l'Oenanthate de fluphénazine, en quelles proportions ce médicament a-t-il de chances de tendre vers l'unanimité.

C'est-à-dire :

- d'une part, dans le milieu hospitalier, dans quelles proportions et pourquoi a-t-il un maximum de chances d'atténuer les tensions entre médecins et infirmières,

dans une vision un peu simplifiée certes, qui suppose un affrontement bloc à bloc homogène ;

- dans un cadre d'une médecine de secteur, d'autre part, en consultation de post-cure, en hôpital de jour, voire même au cours de traitement à domicile.

L'équipe, pour simplifier le problème arbitrairement, est supposée réduite à un milieu humain nécessairement contradictoire : malades, médecins et infirmeries. C'est dans celui-ci que le médicament se trouve jeté et doit y affirmer ses vertus propres pharmacodynamiques. Pour cela, il faut que "chacun y trouve son compte", c'est-à-dire se gratifie sans pour autant frustrer l'autre.

Avant d'envisager les différentes conditions actuelles de soins dans lesquelles peut être distribué l'Oenanthate, il m'est apparu utile d'essayer de regrouper les différents investissements et leurs supports tangibles de l'injection d'un composé à action retardée.

Histoire de l'injection

L'Histoire des préparations parentérales a débuté il y a trois siècles environ.

Pourtant, en Europe, comme en Amérique, les premiers essais d'utilisation de la méthode parentérale n'eurent pas beaucoup de succès. En Amérique, Sr. Christopher WREN fut certainement le premier à injecter avec succès une médication

par voie intraveineuse chez des animaux et cela en 1657. Chez l'homme, en Europe, c'est également au 17ème siècle qu'apparaît la transfusion sanguine par la technique du bras à bras : elle se révèle un échec et fut la cause de nombreux accidents par suite de l'insuffisance des connaissances, tant dans le domaine de la physiologie humaine que de la biologie microbienne. La transfusion sanguine du bras à bras fut même interdite en 1668.

C'est au 19ème siècle que les préparations injectables, administrées directement dans les tissus à travers la peau, connurent leur éclosion.

Le Docteur LAFARGUE à Saint-Emilion (Gironde) pratiqua la première inoculation médicamenteuse à l'aide d'une longue aiguille munie d'un sillon profond qu'il remplissait de chlorhydrate de morphine. WOOD, à Edimbourg (Ecosse), en 1856, réalisa la première injection d'un d'une solution (sulfate d'atropine) à l'aide d'un instrument nouveau : la seringue mise au point par le Français PRAVAZ. Peu après cette méthode se répandit en France où elle fut introduite en 1859 par BEHIER, mais elle mit une vingtaine d'années à se vulgariser grâce surtout aux efforts de HAYEM. Enfin, Stanislas LIMOUSIN suggéra la répartition en ampoules et la stérilisation par la chaleur.

Les travaux de Robert KOCH et Louis PASTEUR contribuèrent largement à la sécurité d'administration des solutions parentérales.

Au tout début du 20ème siècle le problème des accidents locaux et des hyperthermies qui suivaient l'injection intra-veineuse de drogues focalisèrent l'attention. En 1920, le Docteur Florence SEIBERT apporta la preuve que cette réaction était causée par les populations microbiennes dont on pouvait s'assurer la disparition hors de l'eau par la distillation , et du verre contenant la solution par la chaleur à des températures élevées. Ces découvertes assurèrent les bases solides d'une technique permettant l'administration parentérale des drogues.

Destinées à être introduites directement dans les tissus et douées ainsi d'une action médicamenteuse générale, leur obtention impose des règles strictes et leur contrôle des critères sévères afin d'atteindre un double but : la tolérance parfaite par les tissus et l'innocuité totale dans l'organisme.

Après donc un début très difficile, les réticences d'emploi d'une telle thérapeutique étant en grande partie liées à une connaissance scientifique insuffisante, c'est, de nos jours, pratiquement un gage de sécurité supplémentaire, pour le médecin, que de l'utiliser.

Cette confiance est, sans aucun doute, ressentie par tout le groupe, soignant et malade, et l'effet magique ou investi comme tel n'a jamais eu à ce point de tels supports objectifs d'efficacité sinon d'innocuité.

Le médecin vis-à-vis de l'injection retard - Une
aventure prudente et économique.

Pour le médecin, le Professeur GAYRAL parle du vécu avec l'apparition d'un neuroleptique retard, de la première grande aventure depuis la découverte, il y a une douzaine d'années, des premiers neuroleptiques. Un produit retard nous permettait d'espérer une action plus facile, un confort plus grand du malade et peut-être une activité nouvelle sur les maladies que nous avions à traiter. D'autre part, pour un expérimentateur c'était véritablement une aventure.

Pour la première fois on voit apparaître un produit retard visant à modifier (si on excepte quelques cas d'hormonothérapie) les métabolismes cérébraux. "C'est dans un état d'esprit d'explorateur prudent que je me suis lancé dans l'expérimentation sur l'Oenanthate de fluphénazine".

La voie injectable a, pendant longtemps, cristallisé le summum du modernisme thérapeutique (L. REVOL) avec le choix de la voie sous-cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse, pour ne citer que les principales. Traverser la peau, introduire le médicament à point nommé, lui faire parcourir l'organisme par la voie sanguine, c'est évidemment gagner du temps : l'action est rapide. C'est

faire économie : rien ne se perd de la drogue.

Une injection à effet retard obéit-elle à ces critères ? Le gain de temps existe : à ce propos, il est intéressant de prendre conscience de l'inexactitude du terme "retard" qui, en dehors de sa qualité euphonique, camoufle en fait son action rapide et prolongée. A tel point que M FOUKS pense que, dans les psychoses aiguës on a intérêt parfois à commencer par l'Oenanthate pour obtenir assez rapidement une amélioration, une sédation facilitant la coopération du malade. "Mais il est bien certain qu'ensuite je ne continue pas un traitement de psychose aiguë par l'Oenanthate", ajoute M. FOUKS.

Quant à l'économie elle-même, celle-ci est véritable . L'injection de ce composé correspond à une perfusion très lente de faible concentration, la perte est beaucoup moins grande. D'abord, il y a une résorption beaucoup plus importante et, ensuite, il est probable que la quantité qui passe dans le sang, donc dans le cerveau, est suffisante pour exercer des effets au niveau cérébral, mais ne va pas se disperser comme il arrive quand on en injecte des quantités très importantes : avec la même quantité de fluphénazine on peut obtenir un effet qui ne dure que deux jours avec le Chlorhydrate ou au contraire 15 jours avec l'Oenanthate, alors que la quantité de fluphénazine reste la même.

On voit donc déjà surgir des arguments puissants, objets d'un éventuel engouement massif dont le médecin ne peut, même averti des réactions irrationnelles, se désintéresser. Aventure certes, mais économie toxicité réduite, activité rapide et prolongée.

L'équipe soignante infirmière en milieu psychiatrique :
une virilité nouvelle bien assumée.

Bien que la personnalité du médecin qui a introduit le médicament risque de dénaturer ses vertus propres d'emblée l'originalité de l'injection semble atténuer justement le caractère dangereux en soi du médicament miracle.

Ce mode nouveau d'administration, puisqu'il s'adresse à des malades chroniques, et non plus à des cas aigus où souvent l'injection n'était en somme que prétexte coercitif, faire vite pour avoir la paix, ce mode donc facilite le problème de "la distribution des médicaments" et des contingences journalières souvent astreignantes.

Elle libère l'infirmier de son rôle anonyme, ayant perdu ses caractères de soignant, estompés dans l'uniformité d'une routine. Il revêt une fonction plus directe, masculinisé grâce à l'outil, l'aiguille et la seringue. Mais sans pour cela en abuser : conscient de sa puissance, puisqu'à effet prolongé, il peut alors

se rendre plus pleinement disponible à une relation psychothérapique moins ambiguë.

Le malade : consentement car valorisation

Là encore, l'atmosphère d'engouement excessif pour la drogue retard risque d'induire la réaction du malade, fausser l'appréciation des effets pharmacodynamiques. Mais il semble essentiel de souligner (P.-A. LAMBERT) "qu'il apparaît pour le malade que cette prescription, par exemple une injection unique tous les quinze jours, ne saurait avoir les répercussions graves qu'il est toujours enclin à imaginer dans son esprit ; c'est ainsi qu'il pense (et ceci se fonde sur une part de réalité) que les neuroleptiques par la bouche ou en injection vont diminuer ses forces physiques pour travailler, morales (pour lutter contre les impressions de transformation de la réalité qu'il a déjà ressenti et qu'il impute à des tierces personnes), sexuelles (ce qui est malheureusement fréquemment le cas avec tous les neuroleptiques). Avec l'Oélanthane de fluphénazine, l'occasion pour le malade de se rappeler l'action qu'il considère comme néfaste du médicament est en somme réduite au minimum."

D'autre part, Mr. LAMBERT ajoute comme meilleure justification à son hypothèse, que le fait de n'avoir eu que trois abandons de traitement au cours de prescriptions ambulatoires d'Oélanthane de fluphénazine montre bien que

les malades ne considèrent pas ces injections comme redoutables, alors que certains d'entre eux sont obligés d'accomplir un trajet de 200 kms aller et retour pour se rendre à l'hôpital et y subir leur injection.

Le problème d'une authentique gratification pour le malade grâce à cette voie d'administration.

Drogue = poison. Cette équivalence n'est pas sans ambiguïté. En effet, le poison, c'est quelque chose qui fait du mal et qui tue brutalement ou, au contraire, qui, insensiblement, ronge et achemine vers la mort, dans une déchéance progressive. Or, le poison est utilisé à des fins thérapeutiques depuis fort longtemps, souvent à doses "homéopathiques". On retrouve dans les vieilles traditions paysannes de certaines régions de la France par exemple, cette pratique d'utilisation du mal pour se protéger contre le mal : vipère macérant dans de l'alcool de poire, gage d'une santé et d'une vivacité solides pour l'homme qui la boit.

Par extrapolation, ainsi donc, un médicament, surtout autrefois, était considéré comme actif que si ces critères étaient défavorables. La maladie elle-même était considérée, dit Louis REVOL "comme une punition et le médicament comme un rachat ou un effet de la

grâce de Dieu. C'est un des aspects du mystère qui entoure la notion de médicament. Aussi, ce talisman-sanction qui guérit ne saurait être aimable".

Aujourd'hui encore bien que pour certains, écrit R. BRUN, "le mauvais goût d'une drogue soit le signe de sa force et de sa vertu", cette forme de masochisme tend à disparaître.

Le médicament conserve certes sa part de mystère, mais il y a balancement pour le malade entre l'espérance que porte en soi le médicament et qui n'est que confusément liée à la garantie scientifique et le dégoût de ce qui n'est pas "naturel", sentiment justifié par le mauvais goût de la plupart des drogues de synthèse, ajoute L. REVOL.

Les caractères organoleptiques du médicament, la forme, le goût, l'odeur, face aux habitudes alimentaires, sont donc responsables de ce que la drogue plaît ou ne plaît pas. Ils interviennent ainsi réellement dans le "succès" de la thérapeutique.

Ceci nous amène à faire intervenir une autre dimension qui ajoute encore à l'ambiguïté du problème, celle de l'oralité.

L'absorption buccale a des vertus bien souvent bénéfiques, neutralisantes vis-à-vis du poison lui-même.

Les rites anthropophagiques ne permettaient-ils pas de consacrer de façon absolue la victoire sur l'ennemi ? Ou tout simplement, qui n'a pas vécu, ou vu une mère embrasser le doigt contus de son enfant en disant : "Voilà, c'est fini, le mal est parti ..." ?

De là, à penser que l'on absorbe un médicament-poison pour le neutraliser, il n'y a qu'un pas.

C'est penser qu'il s'agit d'un moyen inconscient pour le malade de se soustraire à la thérapeutique et que seront réduits à néant tous les efforts pour édulcorer, masquer, parfumer, colorer le médicament. En un mot, c'est espérer vainement tromper le malade en se faisant l'allié de ses sens.

La valorisation ressentie par l'injection intramusculaire se voit donc en partie explicable. Le malade se trouve promu au rang d'une individualité qu'on respecte, qu'on estime, puisqu'on ne la trompe plus.

Ce mode d'administration est direct, sans détour, sans ambiguïté. Il offre à ses yeux les garanties empiriques, d'une absolue efficacité, qui sont le reflet de la confiance informée de l'équipe soignante vis-à-vis de la drogue. Il ne s'agit plus d'un médicament-poison-neutralisé, mais d'un médicament à part entière.

Et d'ailleurs cet aspect n'est-il pas renforcé

lorsque, et c'est bien souvent le cas, le malade doit se soumettre à une thérapeutique associée : antiparkinsonienne ou analeptique ?

Ces traitements, associés à l'Oenanthate, sont généralement très bien acceptés, constate P.-A. LAMBERT, du fait qu'ils libèrent le malade des troubles qu'il ressentirait s'il ne prenait pas les médicaments complémentaires. Tous les malades, plus ou moins rapidement, savent que lorsqu'ils ne prennent pas ces drogues, deviennent moins alertes, plus soudés et même leur vie psychologique participe à ce ralentissement moteur. Ceci, ajoute P.-A. LAMBERT, fait justice également de l'allégation de certains médecins étrangers, qui ont prétendu que l'Oenanthate de fluphénazine n'apportait aucun avantage sur les autres thérapeutiques du fait qu'il était toujours nécessaire de lui adjoindre des antiparkinsoniens et donc, de prescrire de toute façon des médicaments à prendre par voie orale quotidiennement. Le médicament-poison, parce qu'absorbé par voie buccale est réinvesti comme bon objet et peut aider même le malade à oublier que l'injection-médicament le soumet à des effets secondaires gênants.

Cette interprétation s'appuie en particulier sur l'observation d'une malade, à l'abord thérapeutique particulièrement difficile, femme âgée de 65 ans, à peu près sourde totale depuis 15 ans, non appareillée parce qu'elle le refuse, délirante paranoïde enfoncée, le

début des troubles remontant à 25 années, ses convictions mégalomaniaques ayant fatigué le mari : "elle se promène comme un paon, elle me traite de domestique..." Nous envisageons, devant le refus systématique d'absorption de toute médication buccale, de la traiter par la Fluphénazine injectable, relayée ensuite par l'Oélanthane.

Elle accepte toutes ces injections, mais présente très rapidement un syndrome extra-pyramidal avec contractures intenses, tremblement et hypersialorrhée. Elle accepte alors, bien qu'avec réticence, des antiparkinsoniens, mais en quantité insuffisante car elle reste discrètement soudée. Elle refuse alors de reprendre "ces petits comprimés par la bouche", les accusant d'être les responsables des troubles excito-moteurs. A aucun moment, elle n'accuse l'injection dont l'administration fut relativement coercitive. Enfin, après une recrudescence des troubles extra-pyramidaux avec opisthotonos nécessitant une injection de chlorhydrate de phénothiazine, elle accepte totalement une prise régulière de comprimés.

Telle autre malade, schizophrène de 32 ans, entrée depuis peu dans le service et dont la quête thérapeutique était massive malgré une réticence serrée, Le bilan biologique d'un mauvais état général et l'écllosion d'une fièvre inexplicquée nous obligèrent à repousser l'entreprise d'un traitement neuroleptique. Au décours de cet épisode fébrile spontanément résolutif,

elle réclama sa sortie préférant rentrer chez elle. "Si au moins on me faisait des piqûres, je ne dis pas ..." déclara-t-elle. Ainsi donc, pour cette malade, le refuge hospitalier justifiait la gravité de son état, donc la prise en considération dont l'injection lui offrait toutes les garanties.

Enfin, je citerai un exemple frappant, bien que ne voyant dans le contexte que de simples analogies : en milieu pénitentiaire depuis quelques années, l'administration et, bien sûr, le médecin, se heurtent aux problèmes thérapeutiques posés par "les grèves de la faim". Cette conduite, souvent collective, en dehors de toute anomalie psychopathologique, est pratiquement la seule liberté dont dispose le détenu. Quand l'état physique et surtout biologique du détenu donnent l'alarme, le médecin prend l'initiative d'une hospitalisation. Cette intervention est délicate, car il est souvent capital, pour le prisonnier, de "ne pas perdre la face". L'administration de perfusions reste le seul moyen accepté par le détenu, ce qui peut paraître étonnant alors qu'il refuse absolument toute sonde digestive. Ainsi donc, dans cet exemple, la voie parentérale a permis d'atténuer les conflits au sein d'un milieu, par essence même coercitif, en offrant à l'individu privé de toute liberté un compromis valable lui permettant de "sauver la face".

En service extra-hospitalier et consultation de post-cure -

C'est dans ce cadre, en effet, que le traitement d'entretien va pouvoir être poursuivi.

Bien des facteurs interviennent alors pour modifier la codification de cette cure d'entretien, parmi lesquels la prise en charge psychothérapique et la qualité du milieu qui accepte le malade.

Mais, d'emblée, il apparaît remarquablement pratique d'utiliser la consultation de post-cure pour renouveler l'injection d'Oenanthate. Celle-ci consolide encore plus étroitement qu'en milieu hospitalier le bien de la psychothérapie et de la chimiothérapie ; celui-ci se cristallise en quelque sorte dans l'unité de lieu de la consultation, à l'instant T de la présence médecin-malade et le médicament reste intégré au médecin qui, comme le dit M. DENIKER "est entré sans effraction dans la sphère relationnelle du malade".

Contrairement aux autres formes d'administration médicamenteuse en cours de cures d'entretien où les meilleurs cas restent ceux où le médicament est comme "exclu" de la relation thérapeutique, ici et malgré les inconvénients déjà cités des effets secondaires du neuroleptique, l'injection est présente à part entière dans la relation.

Le malade vient en dispensaire "pour" y recevoir "son" injection, parfois, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, au prix d'efforts considérables. Ainsi récemment une malade de 58 ans, vieille délirante chronique, persécutée depuis 1945 par une bande de Russes qui en veulent à sa vie et dont l'état avait nécessité de multiples hospitalisations, dont les deux dernières dans le service. La rechute avait été en grande partie liée au fait qu'elle n'avait pas accepté les consultations de post-cure et avait cessé toute médication. Après un court séjour au cours duquel un traitement par l'Oenanthane fut mis en oeuvre, elle a pu sortir.

Pour la première fois, nous l'avons vue à la consultation de post-cure ; elle a avoué surmonter une angoisse épouvantable car les Russes l'avaient menacée dans la rue ; elle a demandé qu'on accepte de venir chez elle lui faire tous les 15 jours son injection, elle serait ainsi plus tranquille.

Cette observation illustre bien l'ouverture remarquable que constitue cette nouvelle forme d'administration chimiothérapique. Dans ce cas, nous voyons s'articuler les meilleures indications d'un traitement à domicile. Nous espérons, dans un troisième temps, après un système de visites tous les 15 jours, attirer cette malade à l'hôpital de jour.

Il faut souligner, en parallèle, l'importance

grandissante depuis quelques mois, prise par cette forme d'administration dans le nombre de malades gravitant autour du service extra-hospitalier de secteur. A tel point que nous avons jugé indispensable d'établir un planning particulier qui, en dehors de l'intérêt pratique apporté, est intégré par l'équipe comme une initiative sécurisante.

Cette forme d'administration peut aussi être le point d'appel à une coopération dépassant le cadre de l'équipe soignante du secteur. Le médecin généraliste peut, avec avoir été contacté efficacement, prendre le relais dans la relation thérapeutique. L'expérience montre qu'il accepte volontiers cette charge, à condition d'avoir été prévenu du bien-fondé de la posologie neuroleptique qu'il pourrait être tenté de modifier.

Dans le cadre familial du malade, l'apparition de cette forme d'administration nouvelle nous permet de dégager quelques faits.

Nous avons déjà parlé de l'immense avantage pratique qu'elle apportait en supprimant les prises quotidiennes d'une forme orale. Ces prises souvent subissaient le contrôle d'un parent ou d'un conjoint et il n'est pas nécessaire d'insister sur le caractère ambigu d'un tel fait.

Dans l'ensemble, l'entourage du malade se trouve ainsi dégagé de cette responsabilité à double sens, ce

qui atténue le ressentiment d'une éventuelle frustration.

Dans le milieu professionnel du malade enfin, cette forme d'administration permet à celui-ci de réendosser un anonymat bienfaisant duquel sa maladie l'avait souvent douloureusement fait sortir et qu'il risquait de compromettre, s'il devait, aux yeux de ses collègues, rester prisonnier de prises multiquotidiennes. Bien au contraire, parfois, il s'est avéré utile, avec l'accord du malade, d'avertir le service social de l'entreprise qu'une telle thérapeutique avait été mise en cours.

C O N C L U S I O N S

On peut dire, en paraphrasant D. LAGACHE, que la relation thérapeutique est à la merci de l'affrontement de plusieurs narcissismes. Celui du médecin, du malade, de l'équipe soignante, du milieu socio-familial et professionnel du malade.

Cet affrontement devient rencontre et réassurance réciproque, authentique relation par le biais d'une médication jouant le rôle de médiateur harmonisant, investi non pas d'un pouvoir magique, usurpation, conséquence d'un engouement massif déraisonnable.

L'Oenanthate de fluphénazine a le mérite, bien sûr, d'être un neuroleptique original sous bien des aspects, mais il a l'immense qualité toute simple d'être une prescription qui répond aux besoins d'un ensemble de soins, c'est-à-dire qui s'intègre dans une structure d'assistance.

A l'hôpital psychiatrique, loin de favoriser la coercition et de conduire à la facilité, à la passivité accrue du personnel et du malade en regard de la thérapeutique, il les laisse disponibles pour des activités relationnelles, sociothérapeutiques ou ergothérapeutiques.

En post-cure, cette forme de traitement a reçu l'adhésion de tous les auteurs et été adoptée avec facilité dans les moeurs. L'Oenanthate de fluphénazine, utile à l'hôpital, précieux en post-cure (LAMBERT), a le mérite d'apparaître à une certaine époque de nos besoins où, plus que jamais, l'homme malade recherche dans le groupe l'image de sa santé.

Vu, le Président de la Thèse

Pr. J. DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

P. BALVET

Chimiothérapie et Equipe soignante
Actualités de Thérapeutique Psychiatrique, 2ème série,
pp. 53-64 (Masson édit.)

BARSA J.A., SAUNDERS J.C.

A double-blind study of fluphenazine enanthate (Etude
à double insu de l'Enanthate de Fluphénazine)
Dis. New. Syst. 26, n° 8, pp. 496-498, 1965

BOISSIER J.R.

Expertise toxicologique pharmacologique de l'Oenanthate
de fluphénazine - n° 6483

BOISSIER J.R., SIMON P. & LWOFF J.M.

Etude pharmacologique d'un neuroleptique à action prolongée:
l'Oenanthate de fluphénazine
Medicina Pharmacologia Experimentalis, 14, n° 5, pp. 435-442,
1966
Techn. Pharm. n° 123, 145, septembre 1966

BORNSTEIN S., TUFFET P., ARBOUSSE-BASTIDE J.-C., POSTEL J.

Utilisation de la fluphénazine sous deux formes : dichlo-
rhydrate et Oenanthate
65è Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue
Française - Dijon, 4-9 juillet 1967

BRODIE & Coll.

Actualités pharmacologiques, 17ème série, page 140

BURKE J.C., HIGH J.P., LAFFAN R.J. & RAVARIS C.L.

Depot action of fluphenazine (Prolixin) enanthate in oil
Federation Proc. 21, p. 339, 1962

BURKE J.C. et Coll.

The prolonged action of Fluphenazine Enanthate un oil after
depot injection. (Action prolongée de l'Enanthate de Fluphé-
nazine dans l'huile après injection dépôt)
Internation. J. Neuropsychiatry, 1, n° 4, pp. 300-306, 1965

COTTIN M., HENNE M., Mme LE RENARD Chr., BOURGEOIS M.
Résultats de l'utilisation de l'Oenanthate de fluphénazine
en thérapeutique extra-hospitalière
66ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue
Française, Clermont-Ferrand, 16-21 septembre 1968

DELAY J., DENIKER P. PERIER M. & DALLE B.
Intérêt des composés d'activité prolongée pour la conduite
des cures neuroleptiques. (A propos de l'Oenanthate de
fluphénazine)
La Presse Médicale, 75, n° 24, pp. 1243-1246, Mai 1967

DEMARS J.-P. C.
Neuromuscular effects of long-term phenothiazine medication
electroconvulsive therapy and leucotomy
The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 143, n° 1,
pp. 73-79, 1966

DIGO R., PIRET J.M., GERVAT R., AZOULAY F.
Contribution à l'étude clinique des effets de l'Oenanthate
de fluphénazine
66ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue
Française, Clermont-Ferrand, 16-21 septembre 1968

EBERT A.G., HALES H.L. & HESS S.M.
The metabolism of C 14-fluphenazine (Prolixin) enanthate
Federation Proc. 22, p. 539, 1963

EBERT A.G., HESS S.M.
The distribution and metabolism of Fluphenazine Enanthate
(Répartition et Métabolisme de l'Enanthate de Fluphénazine)
J. Pharmacol.Exper. Therapeut. U.S.A., 148, n° 3, pp. 412-421,
1965 - Bull. Signal. n° 1, 27-13-626, 1966

FOUKS L., PAGOT R., PERIVIER Ed., Mme GILBERT, M. BOUSSAIT & LERNO
Traitement des psychoses par l'Enanthate de fluphénazine
64è Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française
Grenoble, 12-17 septembre 1966

FOUKS L., PERIVIER Ed., Mme GILBERT, Mme FERRAGU, MM. LERNO
HOUSSAIT & FROGE

Essai clinique sur l'Enanthate de Fluphénazine
Annales Médico-Psychologiques, T. 1, n° 1, p. 140, Janv. 1967
Compte-rendu Société Moreau de Tours, Séance du 23 oct. 1966

FOUKS L., PERIVIER Ed., HOUSSAIT A., Mme GILBERT, Mme FERRAGU
& LERNO M.

Indications et modes d'administration de l'Enanthate de Fluphénazine
Annales Médico-Psychologiques, T. 2, n° 2, pp. 276-281,
juillet 1967

FOUKS L., PERIVIER Ed., MATHIS P., HOUSSAIT A., Mme GILBERT,
Mme FERRAGU

Originalité et intérêt de la fluphénazine Retard (Oenanthate)
66ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française,
Clermont-Ferrand, 16-21 septembre 1968

GAYRAL L., OULES J., FOURNY L., Mlle GRANDMONTAGNE O.,
MILLET L. PERETTI A., ROUX G. & DUROU B.

Méthode nouvelle de chimiothérapie en psychiatrie par neuroleptique à effet prolongé : l'Oenanthate de fluphénazine
La Semaine des Hôpitaux, n° 20, avril 1968

GAYRAL L.

Communication du résultat d'un travail d'expérimentation
clinique sur l'Oenanthate de fluphénazine
Colloque Squibb, Artigny Mai 1967

GAYRAL L.

Les Neuroleptiques Retard. Indications et technique d'utilisation
La Semaine des Hôpitaux, 44ème année, n° 10, décembre 1968
pp. 669-671

GORIS A. et LIOT A.

Pharmacie galénique, Tome I, pp. 676-677

GUICHARD C.

Elements de Technologie pharmaceutique - Pharmacie galénique, p. 403, 1967

HESS S.M., YALE H.L. & EBERT A.G.

The metabolism of Prolixin Enanthate
Psychopharmacol. Service Center Bull. 2, pp. 71-72, 1962

KINROSS-WRIGHT J., VOGT A.H. & CHARALAMPOUS K.D.

A new method of drug therapy (L'Enanthate de fluphénazine (SQ 16.144), nouvelle méthode de traitement médicamenteux)
Am. J. Psych. 119, n° 8, pp. 779-780, Février 1963

KINROSS-WRIGHT J. & CHARALAMPOUS K.D.

A psychopharmacology Research Unit
Dis. Nerv. Syst. pp. 299-301, May 1963

KINROSS-WRIGHT J.

A controlled study of a very long-acting phenothiazine
Internat. J. Neuropsychiatr. 1, pp. 66-70, 1965

KLINE N.S. & SIMPSON G.M.

A long-acting phenothiazine in office practice
Am. J. Psychiat. 120, pp. 1012-1014, April 1964

KURLAND A.A., GRUENWALD F., VEGA L. & WITTING B.A.

Fluphenazine (Prolixin) enanthate - A phenothiazine preparation of prolonged activity
Current Therap. Res. Vol. 6, n° 3, pp. 137-147, Mars 1964

LAFFAN R.J., HIGH J.P., BURKE J.C.

The prolonged action of fluphenazine enanthate in oil after depot injection
Inter. J. Neuropsychiatr., 1, 300, 1963

LAMBERT P.-A., MIDENET M. Mme MIDENET J., MARCOU G. et BOUCHARDY M

Perspectives nouvelles offertes par un neuroleptique injectable retard : l'Enanthate de Fluphénazine
Annales Médico-Psychologiques, T. 1, n° 5, pp. 702-704
Mai 1966

LAMBERT P.-A.

Expérimentation clinique Enanthate de Fluphénazine
Octobre 1966

LAMBERT P.A., MIDENET J. et M., MARCOU G. & BOUCHARDY M.
L'Enanthate de fluphénazine, produit neuroleptique retard
utilisable dans le traitement extra-hospitalier des
psychoses chroniques

Le Journal de Médecine de Lyon, pp. 351-355, 5 mars 1967
Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région
lyonnaise, Séance du 13 novembre 1966
Annales Médico-Psychologiques, T. 1, n° 1, p. 136,
Janvier 1967

LAMBERT P.A., MARCOU G. & BOUCHARDY M.

Traitement maniable des psychoses chroniques en pratique
ambulatoire
Les Entretiens de Bichat, 1967

MARÇAT P., BROUSSOT Th. (Mlle)

Application du Dichlorhydrate de Fluphénazine, relayé par
l'Enanthate de Fluphénazine, chez 40 schizophrènes et
délirants chroniques
66è Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue
Française, Clermont-Ferrand, 16-21 septembre 1968

MEUNIER L.

(Membre de la Société Française d'Histoire de la Médecine)
Histoire de la Médecine - Ed. 1924

PERIVIER Ed., FOUKS L. MATHIS, Mme GILBERT, MM. HOUSSAIT
& FROGE

Intérêt de la fluphénazine et de l'Enanthate de fluphénazine
à fortes doses.
65è Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Fran-
çaise, Dijon 4-9 juillet 1967

POLVAN N., SONGAR A. & ZIYALAR A.

Evaluation des résultats obtenus par le traitement de fluphénazine enanthate chez les schizophréniques
64è Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Grenoble, 12-17 septembre 1966

RAVANIS C L., WEAVER L.A. & BROOKS G.W.

A controlled study of fluphenazine enanthate in chronic schizophrenic patients.
Dis. nerv. Syst. 26, pp. 33-39, 1965

REVOL L.

Réflexions sur quelques contingences concernant le médicament
Actualités de Thérapeutique Psychiatrique, 2ème série
Masson, éditeur.

SIMPSON G.M., AMIN M., KUNZ E. & McCafferty F.V.

Studies on a second long-acting fluphenazine
(Etude sur une seconde fluphénazine à action prolongée)
Am. J. Psych. 121, n° 8, pp. 784-787, Février 1965

WILKIN M.O., SALES M. GATINEAUX J.M.

Premiers résultats sur l'utilisation de l'Oenanthate de fluphénazine - Dans trois services hospitaliers psychiatriques
66è Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Clermont-Ferrand, 16-21 septembre 1968

WINTROB R.M.

Use of a long-acting phenothiazine in acute manic states
Diseases Nerv. Syst. 28, pp. 323-324, May 1967
